

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒
電話番号	自宅等 携帯
所属	保育園・幼稚園・小学校・中学校

お分りの範囲でご記入ください。不明な箇所は空欄でかまいません。

(1) 生まれたときの状況

在胎 週 日、 出生体重 g  
 妊娠中や出生時に特に異常はみられませんでしたか？  
 なかった・あった ( )

(2) いままでかかったことがある病気や通院中の病気があれば教えてください。  
 ( )

(3) いつも飲んでいるお薬がありますか？  
 なし・ある ( )

(4) 食べ物やお薬などにアレルギーがありますか？  
 なし・ある ( )

(5) ご家族内で煙草を吸う方がいますか？  
 いない・いる ( )

(6) ご家族のことを教えてください。

	お名前	性別	年齢	病気やアレルギーなど
お父さん		男		
お母さん		女		
きょうだい		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		

※お名前は電子カルテでの家族登録の際に使用させていただきます

(7) よろしければ当院を知ったきっかけを教えてください。  
 友人・知人から教えてもらった 家が近所 ホームページ 雑誌  
 保健師さんから教えてもらった その他 ( )